

Paris 1971

UNIVERSITE RENE DESCARTES
FACULTE DE MEDECINE NECKER - ENFANTS MALADES

Année 1971

N° 106

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
par

M. BARBIER, Patrick
Né le 3 novembre 1943
A Lavelanet (Ariège), France

Présentée et soutenue publiquement le

1971

LE PROBLEME DES OTO-ANTRITES DU NOURRISSON
DANS UN SERVICE DE PEDIATRIE GENERALE

Président: R. Mallet, Professeur

UNIVERSITE RENE DESCARTES
FACULTE DE MEDECINE NECKER - ENFANTS MALADES

Année 1971

N°

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
par

M. BARBIER, Patrick
Né le 3 novembre 1943
A Lavelanet (Ariège), France

Présentée et soutenue publiquement le 1971

LE PROBLEME DES OTO-ANTRITES DU NOURRISSON
DANS UN SERVICE DE PEDIATRIE GENERALE



Président: R. Mallet, Professeur

UNIVERSITE REINE DESCHAMPE
FACULTE DE MEDICINE RECHER - CHIRURGIE WALABE

N°

Année 1911

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDICINE
(Origine d'Etat)
par

M. M. GARNIER, Docteur
né le 7 novembre 1903
A Laval (Mayenne), France

1911

Présentée et soutenue publiquement le

LE PRÉSIDENT DU DOCTORAT EN MEDICINE
FAIT UN SERVICE DE MEDICINE GÉNÉRALE



Président: E. HALLÉ, Docteur

A ma femme

A mes parents

A mes beaux-parents

A mon frère

Monsieur le Professeur A. Maillot

que t'a fait A mes soeurs ne confier ce travail

et d'accepter la présidence de cette union.

Le témoignage de A leurs familles

A mon maître

Monsieur le Professeur R. Mallet

qui m'a fait l'honneur de me confier ce travail
et d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de mon profond attachement.

Au Professeur Agrégé M. Ribierre

pour les précieux conseils qu'il a bien voulu me donner,
avec toute ma reconnaissance.

A mes maîtres dans les hôpitaux.

LE PROBLEME DES OTO-ANTRITES DU NOURRISSON
DANS UN SERVICE DE PEDIATRIE GENERALE

=====

P L A N

=====

- I INTRODUCTION
- II SYMPTOMATOLOGIE CLASSIQUE DE L'ANTRITE
- III ETUDE DE NOS OBSERVATIONS
- IV DONNEES DE LA LITTERATURE RECENTE
- V CONCLUSION

I INTRODUCTION

Dans tous les services de pédiatrie on constate actuellement une recrudescence des antrites. Les antrites du nourrisson ont toujours existé, mais cette pathologie auriculaire de la première enfance est passée par diverses périodes.

Rappel Historique

En 1869 Parrot et de nombreux otologistes constatèrent la fréquence des antrites à l'autopsie d'enfants morts d'athrepsie ou de choléra infantile. Cependant tous les auteurs furent unanimes pour affirmer que cette surinfection était terminale et souvent occasionnée par le séjour en milieu hospitalier.

En 1898 Hartmann pensait que les infections intestinales graves des nourrissons qu'il traitait étaient la conséquence de l'otite qui les avait précédées.

En 1903 Barbillon concluait que toutes les athrepsies inexplicées étaient dues à l'oto-antrite.

En 1921 Renaud prétend que les otites et les suppurations du rocher sont l'essentiel de la pathologie des nourrissons et que dans les cas où la paracentèse bilatérale n'amènerait pas d'amélioration, l'antrotomie précoce et systématique est la seule thérapeutique.

En 1925 Le Mée, Bloch et Cazejust confirmèrent cette attitude excessive.

En 1936 à la Société Française de Pédiatrie de Paris, Ribadeau Dumas, Ramadier, Guillon et le Melletier posent les règles de l'indication de l'antrotomie:

- 1) "Lorsque chez un nourrisson atteint récemment d'otite, on voit, en dépit de la paracentèse et de soins médicaux, s'installer un état toxique ou de lente athrepsie, il faut, si aucune complication n'est décelée, pratiquer l'antrotomie".
- 2) "Lorsqu'un nourrisson est atteint de syndrome toxique ou d'athrepsie, si l'examen clinique ne révèle aucune cause capable de les expliquer, on est autorisé à pratiquer l'antrotomie, même si l'otoscopie et la paracentèse n'ont donné aucun signe d'antrite".

C'est alors que l'on voit s'affronter pédiatres et oto-rhino-laryngologistes, car si la première règle est vite acceptée par les ORL, la seconde le fut beaucoup moins.

En 1939 fut mis au point un moyen de diagnostic et thérapeutique qui venait au bon moment: la ponction de l'antre dont la technique fut décrite par Grenet, Lallemand et l'Hirondel.

Dans les années qui suivirent, les sulfamides et les antibiotiques ont transformé la pathologie ORL de la première enfance tant et si bien que l'antrotomie était devenue un acte exceptionnel.

La recrudescence actuelle des antrites est bien particulière. Ce n'est plus l'antrite décrite par les anciens auteurs que nous voyons réapparaître, mais une pathologie auriculaire nouvelle, masquée le plus souvent par les antibiotiques.

Cette étude a pour objet de montrer l'évolution de cette pathologie à partir des cas observés dans le service du Professeur Mallet, en essayant de montrer quels signes doivent faire penser à l'antrite. Nous n'avons pas la prétention de faire un mémoire sur l'antrite; nous désirons plus modestement faire mieux connaître cette pathologie auriculaire en pleine évolution.

Il a été dénombré dans ce service 21 antrotomies sur 349 otites observées depuis 1967. Notons que quatre cas seulement datent de 1967, un cas de 1968 et seize cas entre 1969 et 1971.

Nous verrons dans un premier temps l'étiologie de l'antrite, puis dans un deuxième temps la pathogénie de cette affection qui permet de la mieux comprendre. Dans un troisième temps nous étudierons la symptomatologie telle qu'elle apparaît schématiquement dans les traités. Après avoir fait l'exposé de nos observations, nous comparerons les résultats

que nous avons observés avec les données de la littérature récente. Enfin nous essayerons, pour conclure, de tirer les leçons que cette pathologie renouvelée nous amène à formuler.

Définition

L'oto-antrite du nourrisson est une otite moyenne aiguë avec ostéite de l'apophyse mastoïdienne. Elle peut se traduire cliniquement par un syndrome toxique où prédominant, suivant les cas, des signes de déshydratation, des signes nerveux ou des signes digestifs.

Il y a deux formes principales:

- a) l'oto-antrite latente ou forme du pédiatre; les signes otoscopiques sont inexistants ou très peu marqués.
- b) l'oto-antrite sthénique du nourrisson ou forme de l'otologiste où il existe des signes francs d'otite aiguë.

Etiologie

L'infection du cavum est très fréquente chez le nourrisson. La trompe d'Eustache étant largement

ouverte, elle entre facilement en contact avec des sécrétions mucopurulentes lors de l'inflammation des follicules lymphoïdes et du pharynx.

D'autres portes d'entrée sont possibles:

- a) l'infection par voie externe directe par contusion, mais elle est rare.
- b) la voie sanguine est rare aussi; il doit exister une pyohémie qui peut être à l'origine d'une ostéomyélite de l'antre surtout chez le nourrisson où l'os est en pleine formation.

Pathogénie

S'il y a une infection otitique, l'épithélium et le conjonctif de la caisse réagissent, mais comme l'explique la disposition anatomique, cette infection se propage naturellement à l'antre de sorte que l'on peut dire que toute otite du nourrisson s'accompagne d'une inflammation de l'antre. Celle-ci peut atteindre le tissu osseux en pleine formation cellulaire et peut se communiquer aux méninges par les scissures et la vascularisation communicante. De même, cette infection locale peut avoir un retentissement considérable sur l'état général. D'autre part, l'infection peut se localiser surtout au niveau de l'antre sans qu'il existe des lésions

importantes de l'oreille moyenne. Tout en se propageant par la caisse, les phénomènes inflammatoires ont à peine touché celle-ci, tandis qu'ils sont beaucoup plus marqués au niveau de la mastoïde. Ces cas sont relativement fréquents lorsque l'évolution est torpide. Par contre, l'infection se généralisera volontiers, expliquant l'importance des toxi-infections et des signes généraux.

En résumé, chez le nourrisson la structure anatomique favorise l'antrite. Le tympan est de plus épais et résiste à la pression du pus qui choisit d'envahir l'antra. Le blocage de l'aditus et du défilé attico tympanique qui s'ensuit a tôt fait de transformer l'empyème de l'antra en ostéite péri-antrale destinée à s'extérioriser.

II SYMPTOMATOLOGIE CLASSIQUE DE L'ANTRITE

Parfois primitive, elle complique le plus souvent une otite confirmée.

Signes Physiques

Le plus souvent c'est la persistance de l'écoulement auriculaire qui devient épais, fétide. Parfois le tympan est infiltré et le quadrant postéro supérieur bombe en "pis de vache".

Autre signe important - l'effacement de l'angle rétro-tympanique et la chute de la paroi postéro supérieure du conduit.

Adénopathie rétro-auriculaire.

Douleur à la pression de l'antre ou augmentation du cri chez le nourrisson.

Signes Généraux

Trois signes importants; température instable, chute pondérale ou courbe de poids stationnaire.

Examens Complémentaires

La radiographie est un argument important en

faveur de l'antrite quand elle montre la fonte des parois des alvéoles des cellules mastoïdiennes.

La numération formule sanguine montre le plus souvent une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile, mais elle n'a rien de caractéristique.

Evolution

Sans traitement l'évolution est grave; des phénomènes toxiques apparaissent. Une phrase de Lermoyez résume bien cette évolution: "C'est à ce moment que l'infection a léché la caisse et mordu la mastoïde qu'elle n'abandonnera pas".

Traitement

Préventif - isolement; traitement antibiotique approprié et précoce.

Curatif - antrotomie; elle s'impose à la période d'antrite confirmée qui ne cède pas sous antibiothérapie.

Technique - nourrisson à jeun, ayant préalablement reçu quelques centigrammes de phénobarbital. Après infiltration des téguments de la région rétro-auriculaire à la xylocaïne à 0,5% adrénalinée, incision courte de 2 cm seulement, un peu en arrière

du sillon rétro-auriculaire en incisant de bas en haut et en ruginant avec douceur pour éviter l'atteinte du facial très superficiel à ce niveau. L'antrotomie sera faite à la curette au niveau de la partie postéro supérieure du conduit, au centre d'une zone duveteuse située un peu au-dessus de l'épine de Henlé. L'ouverture sera large découvrant l'aditus, curetant les trainées inter-sinuso méningées et les cellules de la racine du zygoma. On méchera dans l'aditus afin de drainer l'attique. Les sutures des plans cutanés, si elles sont faites, seront très lâches pour permettre le drainage.

Paracentèse systématique et mèches dans le conduit auditif externe.

L'hémostase sera soigneuse et l'antibiothérapie locale en poudre sera systématique.

A la demande: réhydratation du nourrisson, surveillance attentive dans les premières 24 heures, pansement au troisième jour et adénoïdectomie précoce si le rhino-pharynx est douteux.

Il s'agit là d'un plan généralement reconnu par tous, mais nous verrons que le traitement actuel présente quelques nuances par rapport à ce schéma théorique.

Complications

Les grandes complications étaient responsables

de la gravité classique de l'antrite du nourrisson.

Le syndrome pâleur-hyperthermie dans les premières 24 heures chez le nourrisson de moins de 6 mois.

L'impétiginisation de la cicatrice sera écartée par une surveillance rigoureuse et une antibiothérapie adaptée.

Complications Générales

La "toxicose": apparaissant en principe chez les nourrissons débiles et dénutris au décours des rhino-pharyngites et des oto-antrites. Elle peut en fait apparaître chez n'importe quel nourrisson au cours d'une adénoïdo-oto-antrite d'apparence parfois bénigne.

Symptomatologie

Trois sortes de signes:

1. signes nerveux: état de choc, teint plombé, nez pincé, yeux agrandis, figés, hypotonie, froideur des extrémités, pyrexie variable, polypnée, assourdissement des bruits du coeur.
2. signes de déshydratation: sécheresse des

muqueuses, dépression de la fontanelle, persistance du pli cutané, chute de poids, baisse de la diurèse.

3. signes digestifs: diarrhée profuse, vomissements, anorexie, parfois syndrome hémorragique.

Evolution

"La maladie auto-entretendue s'aggrave par son progrès et sa durée" (Cathala). Cette phrase à elle seule résume bien l'évolution vers la chronicité.

Traitement

Local - tympan anormal: paracentèse, éventuellement antrotomie si on constate des signes d'antrite.

- tympan normal: deux écoles s'affrontent on l'a vu: "l'oto-antrite occulte est une vue de l'esprit" écrit Lemarié et l'antrotomie dans ce cas est inutile ou catastrophique.

- antrotomie de principe décidée par le pédiatre qui pense avoir éliminé toute autre cause de toxicose.

La discussion reste ouverte cependant, la

ponction de l'autre peut parfois permettre de trancher.

- Général - réhydratation
- oxygénothérapie
- barbituriques
- ponction lombaire décompressive

L'évolution est en général favorable lorsque le traitement est commencé rapidement. Dans d'autres cas, au contraire, l'amélioration est très lente.

L'adénoïdectomie devra, lorsque l'enfant pourra la supporter, consolider la guérison. Dans d'autres cas, plus rares encore, l'enfant meurt dans les 48 heures dans un état de choc irréversible.

III ETUDE DE NOS OBSERVATIONS

Elle permettra d'opposer à la description classique que nous venons de résumer les formes actuelles de l'antrite du nourrisson.

Circonstances Etiologiques

- a) Age: C'est bien entendu le point sur lequel il nous faut insister. Dans un service où nous traitons nourrissons et grands enfants, l'échantillonnage des antrites répertoriées se répartit entre deux âges: 15 jours et 8 mois. Nous ne retrouvons qu'un seul cas à 7 ans. Ce cas est à placer à part car l'étiologie de son antrite était due à des corps étrangers des conduits auriculaires externes.
- b) Conditions d'élevage: Sur les 21 antrites dénombrées dans le service, 5 sont apparues chez des nord-africains dont quatre d'entre eux étaient très dénutris et hypotrophiques à l'entrée dans le service.

Parmi les européens on trouve deux enfants dénutris, hypotrophiques.

Il faut donc insister sur les conditions particulières d'élevage qui favorisent ce genre d'infection. Une récente étude faite dans les bidonvilles de Nanterre montrait l'importance des conditions d'élevage dans

l'apparition des antrites sur des nourrissons dénutris et hypotrophiques.

Il nous faut montrer que si les nourrissons de conditions sociales peu élevées sont plus vulnérables à la surinfection hospitalière que ceux des classes plus aisées, il est cependant notable qu'à l'heure actuelle ceci est de moins en moins vrai. Ainsi les conditions d'élevage s'améliorent et les antrites sont en recrudescence. Nous conclurons ce paragraphe en disant que les conditions d'élevage ne sont qu'un facteur favorisant parmi d'autres aussi importants. ;

A. Signes qui doivent faire penser à l'antrite

1. Les antécédents d'otites à répétition:

Sur les 21 observations du service qui se répartissent entre 1968 et 1971, six seulement ont des antécédents d'otites à répétition dans les mois qui ont précédé l'antrite. Dans ces six cas on a tenu compte de ceux qui ont eu une otite dans les 15 jours ayant précédé l'hospitalisation.

Dans les 15 autres cas nous avons constaté une évolution vers l'antrite d'emblée sans antécédent otitique notable.

2. Autres antécédents:

Il faut noter que le passé pathologique de certains nourrissons est déjà important. Ainsi parmi les six nourrissons dénutris nous en retrouvons trois avec des antécédents otitiques, un avec déshydratation et diarrhée; un seul avait subi une antrotomie qui semblait incomplète.

Quatre autres nourrissons avaient été hospitalisés pour diarrhée avec déshydratation. Parmi ces quatre nourrissons, deux avaient eu des otites dans les antécédents (l'un quatre et l'autre sept); ces deux nourrissons avaient subi une adénoïdectomie.

Parmi les autres nourrissons un avait été hospitalisé pour une maladie de Leiner-Moussous, une otite, et avait subi une antrotomie droite.

Enfin un dernier nourrisson avait eu une adénoïdectomie et six otites dans les antécédents.

3. Les signes de début de la maladie:

Le plus souvent tout a commencé par une otite banale découverte à l'examen systématique ou ayant motivé l'hospitalisation. Sur les 21 cas du service, nous retrouvons 21 otites bilatérales ayant toutes nécessité une double paracentèse. En fait le motif de l'hospitalisation est variable. Dans sept cas l'hospitalisation était due à des signes respiratoires (rhino-pharyngites, bronchites, deux foyers pulmonaires).

Dans cinq cas diarrhée avec déshydratation.

Dans cinq cas dénutrition et hypotrophie.

Dans un cas le motif de l'hospitalisation était dû à des signes méningés.

Les trois cas restants ne présentaient pas de symptômes majeurs: anorexie, température variable, courbe de poids stationnaire.

4. Les signes généraux:

- a) la température: elle est variable, bien souvent. L'apyrexie complète est retrouvée dans un grand nombre de cas d'une part du fait de l'antibiothérapie, et d'autre part parce que l'évolution est le plus souvent chronique.
- b) le poids: la chute de poids, rarement spectaculaire, est le plus souvent irrégulière. Dans 12 cas sur 21 la courbe était horizontale.
- c) l'anorexie: l'anorexie et la chute de poids qui en découle sont les signes les plus importants qui permettent, avec les signes locaux, de faire le diagnostic et de suivre l'évolution vers la guérison.

5. Examens complémentaires:

La radiographie n'a pas été toujours pratiquée. Dans les cas où elle le fut, cet examen n'a pas apporté les renseignements que l'on attendait de lui. Dans un cas on notait un flou de l'apophyse mastoïdienne.

La formule sanguine n'a pas non plus apporté d'arguments en faveur de l'antrite. Dans 15 cas les formules montraient plus de 10.000 globules blancs, en faveur d'une infection latente.

6. Les signes locaux:

Le plus souvent otite bilatérale évoluant vers la chronicité.

Notons que le seul cas d'antrite du grand enfant (7 ans) était dû à deux corps étrangers des conduits auriculaires externes.

Dans la plupart des cas (19 cas sur 21) les tympons étaient infiltrés et bombants. Il y a eu 21 doubles paracentèses qui ont bien souvent dû être répétées. La paracentèse dans 16 cas a été suivie par un écoulement de pus sur lequel on a pratiqué des prélèvements bactériologiques.

Les durées d'évolution avant l'antrotomie se répartissent entre 6 jours et un mois. Notons une observation dont l'évolution a été particulièrement longue - deux mois - du fait d'une évolution en deux temps et un syndrome d'intolérance alimentaire passager ayant égaré le diagnostic.

B. L'Antrotomie

1. Date de l'antrotomie par rapport au début des otites :

Il faut encore insister sur le temps écoulé entre le début de l'otite et l'antrotomie. Les anciens auteurs préconisaient une semaine d'évolution avant la décision opératoire, après que le diagnostic ait été porté. Aujourd'hui à de rares exceptions près, en accord avec les auteurs classiques, les otologues actuels attendent une semaine avant d'opérer. Les durées d'évolution s'échelonnent entre 10 jours et un mois.

Pour comprendre cette attente il faut savoir qu'il existe dans toutes les otites moyennes une réaction antrale sous l'aspect d'une muqueuse inflammatoire. Mais pour parler d'antrite, il faut qu'il y ait ostéite, ce qui demande toujours un minimum de temps après le début de l'otite.

Ainsi nous pouvons noter dans nos observations que les évolutions les plus courtes après le début de l'hospitalisation correspondent en fait à des cas ayant eu une ou plusieurs otites avant l'hospitalisation. Six observations ont eu à l'hôpital une durée d'évolution de moins de dix jours. Cela correspond à des otites traitées qui n'ont en fait pas complètement guéri et qui ont évolué vers la chronicité.

C. Traitements Antérieurs

1. Traitement avant l'hospitalisation:

Nous avons dénombré parmi nos 21 observations deux cas d'antrotomie:

- une antrotomie droite qui a suffi pour le côté droit, mais dont l'évolution à gauche aurait dû faire décider l'antrotomie bilatérale
- une deuxième antrotomie insuffisante qui avait consisté en une ouverture de l'antrite sans rugination profonde, laissant en place des tissus nécrosés.

Nous trouvons aussi trois adénoïdectomies dans les antécédents qui n'ont pas suffi à arrêter l'évolution vers l'antrite.

Enfin presque tous les cas ont subi des traitements médicaux en ville dont il est impossible de savoir les doses et la durée.

2. Traitement pendant l'hospitalisation avant l'antrite:

Traitement général

Le traitement consiste pour la majorité des cas en une antibiothérapie polyvalente dans les premiers jours, à hautes doses, après avoir fait les prélèvements nécessaires au

diagnostic. L'on associe bien souvent une perfusion selon le degré de déshydratation. Sept cas ont été perfusés soit à cause du degré de déshydratation, soit pour faciliter l'antibiothérapie et redresser la courbe de poids.

Traitement local

Paracentèse suivie de bains d'oreilles et antibiothérapie adaptée suivant les résultats de l'examen du pus.

Il faut insister sur le fait que sept cas ont été perfusés, mais qu'aucun d'eux n'avait de signes de toxicose importants et que les autres cas avaient un état général relativement bien conservé.

L'on pratique bien souvent en accord avec l'otologiste une semaine ou quelques jours avant le passage dans le service d'ORL alors que la décision est prise, un essai thérapeutique. Ce test thérapeutique est le plus souvent pratiqué avec de fortes doses d'antibiotiques adaptés (Céporine, Gentalline, Pénicilline) pendant 9 jours environ. La persistance de l'écoulement et a fortiori son augmentation ou sa reprise à l'arrêt des antibiotiques emporte la décision d'antrotomie.

3. Germes:

Les prélèvements de pus ont montré la présence

de protéus dans trois cas, de staphylocoques pathogènes dans cinq cas, un staphylocoque non pathogène, un hafnia, quatre pyocyaniques, un pneumocoque; sept autres cas étaient négatifs. L'antibiogramme montrait que tous ces germes étaient sensibles aux antibiotiques majeurs. Nous pensons que les prélèvements de pus sont significatifs dans notre échantillonnage. Il faudrait cependant les faire d'une façon plus adaptée aux connaissances actuelles. Nous savons que certains germes, par exemple, sont difficiles à déceler et nécessitent des milieux spéciaux.

4. L'Intervention:

Il faut en effet définir les trois types d'interventions car on emploie indifféremment les termes d'antrotomie, de mastoïdectomie et d'antro-atticotomie dont les caractères ne sont pas toujours très clairs dans l'esprit des cliniciens.

- l'antrotomie: pratiquement c'est une opération aujourd'hui insuffisante. En effet la simple ouverture de la cellule antrale ne suffit plus. Il faut cureter l'antre soit déjà pneumatisé, soit encore spongieux et dans la plupart des cas le prolongement temporo-zygomatique. Loin de s'arrêter à ce curetage, les opérateurs actuels résequent la paroi externe de l'aditus, permettant ainsi une bonne

visualisation de l'extrémité de l'enclume et permettant aussi un très bon drainage de l'attique. Il s'agit donc plus d'une mastoïdectomie que d'une antrotomie.

- la mastoïdectomie: terme insuffisant puisqu'il s'agit d'une opération plus importante: c'est en fait une mastoïdectomie élargie.
- l'antro-atticotomie: c'est une intervention de nécessité devant l'ampleur des lésions quand le cadre tympanal lui-même est atteint; il faut le réséquer sinon c'est la récurrence presque assurée.

5. Signes trouvés à l'intervention:

Notons que 15 des interventions sont des antrotomies bilatérales.

La plupart des lésions anatomiques sont semblables. L'on retrouve dans un premier temps une muqueuse fongueuse dans l'antre avec du pus et la plupart du temps jusque dans l'attique. Dans 17 cas l'opérateur retrouve des lésions d'ostéite nécrotique qui signent l'antrite.

Dans la plupart des cas il a été pratiqué une ouverture large de l'aditus.

D. Evolution Après l'Antrotomie

L'évolution post antrotomie a été simple dans nos 21 cas. La période de cicatrisation pour la plus courte fut de 15 jours et pour la plus longue de un mois.

Nous notons dans 10 cas sur 21 une reprise de poids spectaculaire, un arrêt de l'écoulement en 10 jours.

Trois cas ont nécessité des paracentèses.

Un cas d'antrite gauche fut opéré un mois après le côté droit. On trouvait alors des lésions d'ostéite très importantes et la dénudation du sinus latéral fut nécessaire sur 2 cm; tout ceci alors que l'antrite droite était totalement guérie.

Un aspect inédit dans le traitement des antrites est l'arrêt de tout traitement après l'antrotomie.

Ainsi dans 11 cas aucun traitement n'a été pratiqué après l'antrotomie et l'évolution post opératoire a été simple. Il n'y a pas eu de récédive. L'apyrexie, si elle n'existait déjà, a été obtenue le jour suivant. La courbe de poids se redressait 48 heures après l'opération.

Dans six cas datant de 1968 et 1969, il a été prescrit un traitement jusqu'à la cicatrisation surtout du fait de la présence d'un écoulement persistant après l'antrotomie.

IV DONNEES DE LA LITTERATURE RECENTE

Les récents articles parus dans les annales d'oto-rhino-laryngologie de Paris au sujet des antrites du nourrisson sont tous unanimes sur plusieurs points.

Le premier est l'importante recrudescence des antrites au cours de ces dernières années. Ainsi entre 1961 et 1968 la moyenne annuelle était de 4 cas, de 1968 à 1971 suivant les articles, certains ont dénombré 77 interventions dans leurs services par année. Notre échantillonnage montre un peu les mêmes proportions bien qu'étant plus modeste; seuls deux cas datent de 1967 tandis que la plupart des cas se groupent entre 1969 et 1971.

La plupart des auteurs sont unanimes pour noter l'importance des lésions retrouvées pendant l'opération. Il faut en effet cureter la totalité du prolongement temporo-zygomatique dans la plupart des cas. Bien souvent il faut dénuder la dure-mère cérébelleuse et le sinus latéral.

Du point de vue de la symptomatologie, Goddé, Varret et Fournier de l'Hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours ont retrouvé seulement six cas de toxicose sur 28 enfants atteints d'antrite. Ces auteurs sont en accord avec la plupart des otologistes pour insister actuellement sur la parfaite conservation de l'état général des nourrissons atteints d'antrites. Ces auteurs insistent aussi sur le camouflage de tous les signes classiques de l'antrite par les antibiotiques.

Du point de vue des lésions anatomo-pathologiques - macroscopiquement: les lésions se présentent sous la forme dite de "sucre mouillé", associées à des fongosités plus ou moins abondantes.

La plupart du temps on trouve des lésions mixtes; certaines cellules sont intactes; en d'autres endroits ostéite et fongosités prédominent.

Deux jeunes nord-africains présentaient quelques trainées labyrinthiques et un antre bourré de fongosités. Celles-ci envahissaient également l'attique et s'accompagnaient d'une ostéite partielle du mur de la logette. Les otologistes durent pratiquer une atticotomie partielle d'emblée, ce qui semble aujourd'hui normal quand on a la main forcée.

Du point de vue des prélèvements de pus d'oreille - la plupart des auteurs sont d'accord pour trouver que les prélèvements ne sont pas significatifs, et cependant il y a là une discussion importante à entreprendre.

Pourquoi la majorité des prélèvements sont-ils stériles? Goddé, Varret et Fournier pensent que peut-être la virulence des germes est atténuée par les antibiotiques. On note aussi dans "Pediatric Clinics of North America" un article de Louis Werenstein insistant sur le fait que les otites de la première enfance sont dues à l'hémophilus influenzae et l'on connaît les difficultés importantes que l'on a pour le mettre en évidence.

Du point de vue traitement, dans ces dernières

années malgré les signes d'antrite, l'on parvenait avec de hautes doses d'antibiotiques à guérir presque toutes les antrites du premier âge. Aujourd'hui presque tous ces essais thérapeutiques sont voués à l'échec. De plus, les lésions osseuses prennent une extension considérable.

Il faut donc invoquer la résistance des germes au traitement et leur sélection. Cependant les prélèvements positifs vont à l'encontre de cette hypothèse car l'on trouve des germes le plus souvent sensibles aux antibiotiques majeurs.

Il est plus raisonnable de penser qu'il existe des sites d'élection où les germes ont tendance d'emblée à provoquer un processus inflammatoire chronique et l'antrite en est un. En outre les antibiotiques y diffusent mal. Il faudrait comme le préconisent certains auteurs, essayer les sulfamides qui diffusent mieux dans ce tissu osseux.

Il est un point sur lequel on n'insistera jamais assez et sur lequel la totalité des auteurs trouvent un terrain d'entente: c'est l'abus des antibiotiques sous toutes leurs formes:

- Doses insuffisantes et mal adaptées
- Doses trop longtemps prescrites et pour des affections pour lesquelles on aurait pu s'en passer
- Affaiblissement de la défense des organismes des tout petits par cette antibiothérapie mal adaptée

La majorité des auteurs adoptent au point de vue thérapeutique le schéma suivant:

- Jamais d'antibiotiques lors de la paracentèse sauf indication médicale.
- Si l'évolution de l'otite semble défavorable dans les jours qui suivent - antibiotiques à hautes doses; si au bout de dix jours la guérison n'est pas obtenue - arrêt de l'antibiothérapie; et suivant la symptomatologie locale - intervention ou surveillance.
- Autres principes: chez un nourrisson de moins d'un an qui a une double otite et dont les signes locaux n'amèneraient à intervenir que d'un côté: l'antrotomie bilatérale s'impose. Il existe donc, pour la majorité des auteurs, deux facteurs favorisant l'antrite du nourrisson:

1. l'antibiothérapie sans paracentèse.
2. l'antibiothérapie avec paracentèse, mais écourtée, insuffisante en doses, en durée, ou mal adaptée au germe.

Il y a 20 ans on a connu les otites nécrosantes des maladies infectieuses qui, en dépit d'une mastoïdectomie précoce, conduisaient bien souvent à l'otite chronique.

Aujourd'hui la pathologie infectieuse de l'oreille est en pleine évolution. L'atticotomie secondaire précoce doit éviter le plus souvent le passage à la chronicité. Ceci nous amène à discuter

les interventions qui au cours de ces dernières années ont été pratiquées, pour remarquer la tendance vers une indication précise de la part des otologistes sur des signes patents locaux; interventions plus larges qu'autrefois où la curette de l'opérateur enlève d'emblée tout le tissu malade. Les opérateurs actuels n'hésitent pas devant une atticotomie d'emblée, bien que cette attitude paraisse quelque peu révolutionnaire.

Nous terminerons ce chapitre par deux phrases tirées de l'article de H. Sergent, Berezin, Gehanno et Huillier (Cahiers d'ORL):

1. A lésions réversibles, guérison par mastoïdectomie.
2. A lésions irréversibles, nécessité d'une atticotomie secondaire précoce.

Nous pouvons rajouter aujourd'hui cette troisième phrase: A lésions irréversibles, nécessité d'une atticotomie d'emblée. Deux de nos cas ont eu une atticotomie d'emblée et les suites opératoires immédiates ont été excellentes.

V CONCLUSION

Notre échantillonnage de mastoïdites dans le service du Professeur Mallet montre bien l'évolution actuelle de la pathologie auriculaire de la première enfance.

Il existe en effet une recrudescence des lésions chroniques au niveau de l'antre chez les tout petits de moins de deux ans alors que les mastoïdites aiguës des fièvres éruptives ont presque totalement disparu grâce à l'antibiothérapie.

Cependant ce que les antibiotiques ont apporté dans les antrites aiguës est considérable: ainsi les complications cérébrales, les septicémies ne se voient pratiquement plus; tout au plus une réaction méningée aseptique est quelquefois décelée à la ponction lombaire. Les antibiotiques n'ont pas résolu le problème pour autant et les lésions de l'antre mal irriguées se développent et passent à la chronicité.

Au terme de cette étude nous devons admettre que notre échantillonnage d'antrites ressemble à ceux des services des autres hôpitaux parisiens.

Pour la symptomatologie tous les auteurs sont d'accord pour insister sur l'évolution vers des lésions antrales importantes alors que l'état général est remarquablement conservé, que les signes les plus importants sont une courbe de poids stationnaire et une température variable.

Les examens complémentaires n'ont pas apporté d'argument en faveur de l'antrite. La numération formule n'est qu'un argument de plus; elle n'a rien de spécifique. L'électrophorèse des protéines n'a rien de particulier. La radio enfin, quand elle montre une dislocation des alvéoles des cellules antrales, est un argument important. L'étude des germes n'a pas apporté ce que l'on attendait d'elle, mais il ne faut pas rejeter cet examen. Il faut, au contraire, le renforcer et le faire avec plus de soin car c'est des résultats qui en découleront que l'antibiothérapie sera mieux adaptée. Enfin c'est un examen qui pourra permettre de régler certaines questions qui restent en suspens au point de vue de la pathogénie des antrites.

Restent les signes locaux sur lesquels l'oto-logiste s'appuie pour décider l'opération. Tous les auteurs sont unanimes pour affirmer que la persistance de l'écoulement au-delà de 10 jours d'antibiothérapie adaptée et a fortiori son accentuation doit entraîner une sanction opératoire.

La majorité des auteurs continue cependant à pratiquer un test thérapeutique à hautes doses d'antibiotiques adaptés, une fois le diagnostic d'antrite fait. Alors que cet essai entraînait il y a une dizaine d'années de nombreuses guérisons spectaculaires, il est aujourd'hui la plupart du temps voué à l'échec.

La classique antrotomie qui consistait à faire une simple ouverture de l'antra n'a plus cours.

Le terme même de mastoïdectomie est insuffisant. On parle aujourd'hui de mastoïdectomie élargie. Dans 17 cas sur les 21 antrotomies de notre service il a été pratiqué un curetage de l'antra, des cellules avoisinantes jusque dans le prolongement temporo-zygomatique, ainsi qu'une ouverture large de l'aditus ad antrum en effondrant son mur postérieur.

Il apparaît donc aujourd'hui que les réactions antrales aiguës ont disparu grâce aux antibiotiques et que l'on assiste à une évolution vers une pathologie plus complexe, évoluant à bas bruit sous antibiothérapie, entraînant de graves lésions osseuses et nécessitant une opération importante. Ainsi dans deux de nos cas, il a été pratiqué une atticotomie d'emblée.

BIBLIOGRAPHIE

- BENTES RUAH SA: Oto-Mastoïdite Extériorisée
d'Evolution Rare Chez un
Nourrisson
O. Medico 21 avril 1966 - 17 N° 764
- BOURDELLE: Les Manifestations Otitiques du
Nouveau-Né en Maternité
Thèse Clermont Ferrand 1966
- CLIN ET MONTELSIO R.: De l'Etat Actuel de l'Oto-Mastoïdite
du Nourrisson en Milieu Hospitalier
Gaz-med. France 10 octobre 1965
72 N° 19 3187-3191
- FERMIGER: 1968 N° 46 90-973
- GELIN: Thèse N° 158 / 1968
- C. GODDE, D. VARRET
et G. FOURNIER: La Pathologie Infectieuse
Auriculaire de la Première Enfance
est-elle en Train de se Modifier -
Hôpital du Perpétuel Secours
(Ann. Oto-Laryng. Paris 1970)
- LALLEMANT: Conduite à Tenir dans les Oto-
Mastoïdites Aiguës de l'Enfant -
"Entretiens de Bichat" (Chirurgie
et Spécialités) 1960 417-422

LEVESQUE J., PERROT R.
et RENAULT:

La Ponction de l'Antre Dans le
Diagnostic des Oto-Mastoïdites
des Nourrissons

H. SERGENT, P. PONCET,
A. BEREZIN, P. ROULLEAU,
D. DONCIEUX, G. HOSXE
et E. PETIT:

Antro-Atticites Subaiguës du
Nourrisson
(Ann. Oto-Laryng. Paris)
T85 1968

H. SERGENT, A. BEREZIN,
P. GEHANNO et
J. L'BOILLIER:

Les Antro-Atticites Subaiguës
du Nourrisson
Paris Cahiers d'O.R.L. 1969

STOLL:

Thèse 90-973 1953 318

A. VELLAMEDAR:

Oto-Antrite du Nourrisson
Diagnostic et Description
Thérapeutique
ACTA ORL 1963 14 N° 4 366-386

VU LE PRESIDENT DE THESE

Pr. R. MALLET

VU LE DOYEN DE LA FACULTE

H. JEROME

VU LE PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS

R. MALLET

